

## **CUIDADOS DE ENFERMERIA EN LA INTERVENCION FAMILIAR EN UNA UNIDAD DE TRASTORNOS DE PERSONALIDAD**

**Autor: Ana Soláns García**  
[asolansg@gmail.com](mailto:asolansg@gmail.com)

**Tutor: Francisco León Puy**

### **JUSTIFICACIÓN**

Cuando en la Unidad hacemos la historia retrospectiva de los pacientes desde su nacimiento, encontramos que, en mayor o menor medida, comienzan a mostrar, alteraciones conductuales que van provocando su salida de los circuitos normalizados educativos, laboral y sociales. Únicamente va quedando siempre, como "colchón" que amortigüe sus caídas, el núcleo familiar, o al menos un cuidador de referencia que lo protegerá.

En la bibliografía observamos que la familia o núcleo de convivencia es considerado en numerosas ocasiones como un factor de riesgo en la aparición de un trastorno de la personalidad en uno de sus miembros, tanto porque la vida familiar esté disociada como por la falta de comunicación entre sus miembros.

El entorno familiar próximo al paciente tiene estas dos facetas: puede actuar como factor de riesgo y como factor de protección.

La intervención consistirá en que la familia se 'normalice' a la par que lo hace el paciente afectado de trastorno de la personalidad.

También hay que considerar que la aparición de una enfermedad, trastorno o problemas en uno de los miembros del núcleo familiar, produce efectos negativos no sólo en éste sino en todos los que directamente conviven con él, y especialmente en el caso de aquéllos familiares que asumen responsabilidades en sus cuidados y tratamientos.

A lo largo del trabajo siempre haré referencia a la Unidad de Trastornos de Personalidad del Hospital Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza, que es lugar donde realizo mi actividad profesional.

## MODELO DE INTERVENCIÓN

El paciente que es derivado a nuestra Unidad se integra en un proceso de valoración - planificación - intervención - evaluación, por parte del equipo terapéutico multidisciplinar. Con el núcleo de convivencia familiar seguimos un procedimiento paralelo, con los mismos pasos. Avanzado el proceso terapéutico "cruzaremos" en determinadas sesiones las intervenciones, con sesiones conjuntas.

Partimos del compromiso teórico de colaboración de la familia en el proceso, siendo el primer objetivo del mismo la conversión de este compromiso a la hora del ingreso, en una vinculación eficaz con el equipo terapéutico.

Otro importante acuerdo previo a la intervención es el que no se va a ocultar información, vamos a evitar alianzas con unos al margen de otros (es frecuente la manipulación con información 'secreta' que revela el paciente y que no puede conocer su familia y viceversa), dentro de lo terapéuticamente positivo trataremos toda la información de una manera lo más transparente posible.

Como demanda habitual del medio familiar encuentro:

- Actuaciones ante el desbordamiento familiar
- Información sobre el trastorno, los tratamientos farmacológicos y otras terapias.
- Instrucciones para controlar situaciones violentas o alteraciones conductuales.
- Disponibilidad de recursos sociolaborales que puedan apoyarles en su inserción.
- Pronóstico del trastorno, posibilidades de mejoría de distintos aspectos del paciente.

En numerosas ocasiones, los objetivos con los que acude la familia a la Unidad difieren en mayor o menor grado de los que trazamos el equipo terapéutico en la reunión de planificación terapéutica. Esto puede deberse a ideas erróneas sobre el trastorno, al cansancio acumulado, etc.

Desde la unidad planteamos una intervención del núcleo de convivencia de los pacientes, que se adecue a las características y posibilidades del paciente y que dé respuesta a esas demandas de la familia, y a las características y posibilidades de los recursos existentes

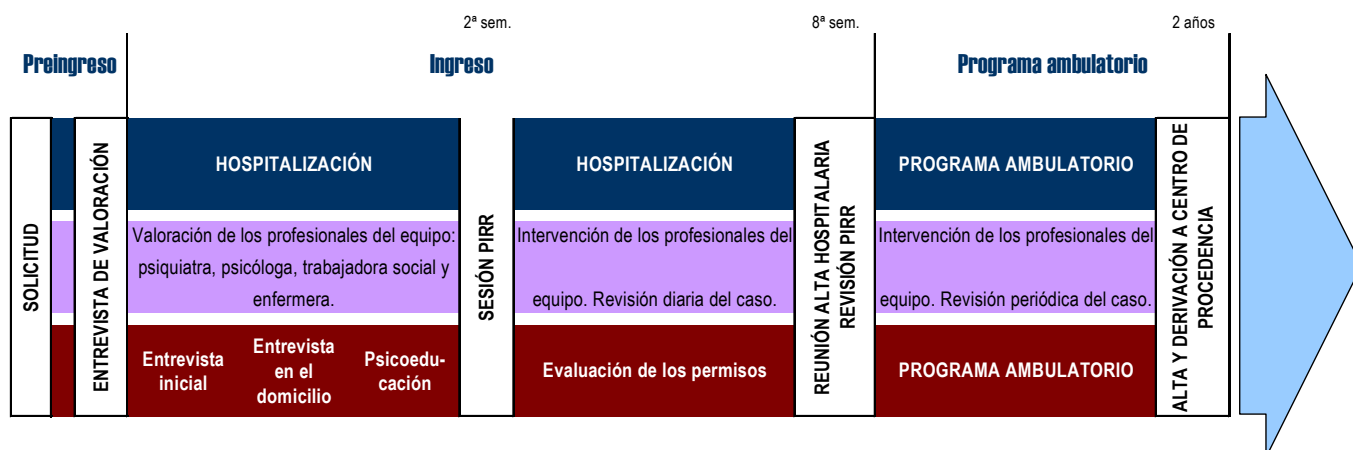
Así pues, con esta base que puede parecer muy obvia pero que ya veremos que en la práctica resulta complicado alcanzar, podemos establecer ya unos **objetivos específicos** para la intervención en la familia:

- Vincular a la familia eficazmente con el proceso terapéutico.
- identificar y modificar aspectos disfuncionales en la relación.
- Aumentar sus conocimientos sobre el trastorno, síntomas, tratamientos y otros aspectos relacionados.
- Adquirir estrategias para afrontar situaciones conflictivas.
- Disminuir en la familia la sensación de sobrecarga como cuidadores, y poder recuperar el rol propio (cuidarse a uno mismo).
- Mejorar la comunicación entre los miembros de la familia.

## PROFESIONALES RESPONSABLES

En cada caso intervienen: psiquiatra, la psicóloga, la psicóloga, el equipo de enfermería de hospitalización, pero quien se responsabiliza de la intervención en el núcleo familiar es el equipo destinado a ello compuesto por una trabajadora social y dos diplomados en enfermería.

## CRONOGRAMA DE LA INTERVENCIÓN



En este esquema vemos el desarrollo del proceso asistencial dentro de la Unidad, consta de unas fases bien determinadas con un período de ingreso hospitalario y otro de trabajo ambulatorio. Las intervenciones son muy intensivas en un inicio y se camina hacia la desvinculación del recurso cuanto más normalizadas están todas las áreas del paciente y su familia.

Me centraré en qué intervenciones realizamos en cada fase, para qué objetivos están destinadas y aportaré mi experiencia en cada una de ellas.

#### SOLICITUD

El primer contacto con la familia se suele producir en el momento de remitir la solicitud de entrada en la Unidad. Bien sea de manera presencial o por teléfono en otros casos, tratamos de informar exhaustivamente de nuestro dispositivo, ya que en ocasiones lo desconocen o lo que les han planteado no se ajusta a la realidad. (Esto va mejorando progresivamente, tanto la información transmitida como la derivación ajustada a nuestros criterios).

Es un momento importante, comienza el trabajo de vinculación al recurso, para lo cual deben conocer el proceso correctamente, y nosotros el grado de implicación con su familiar.

Habitualmente también recibimos las peticiones de información de potenciales usuarios y sus familias, así como de profesionales relacionados con casos de trastorno de la personalidad. Y también gestionamos las derivaciones y su tramitación en la Comisión de Ingresos de la Unidad.

#### ENTREVISTA DE VALORACIÓN

En esta entrevista solicitamos la presencia de las personas que habitualmente conviven con el paciente. Es una entrevista con información en dos direcciones:

- Por una parte se valora al paciente, su situación sintomatológica en el momento actual, tratamiento que está siguiendo, género de vida, etc. y el grado de compromiso de él y de su núcleo de convivencia con el programa que va a iniciar.
- Pero también trataremos de informar sobre todo el desarrollo del programa, sus condiciones y características, tanto durante el ingreso como en el seguimiento ambulatorio.

Con esta entrevista pretendemos afinar lo máximo posible los ingresos, de tal manera que éstos sean por convencimiento del propio paciente y no por presiones externas y así evitar altas voluntarias o rápidas renunciadas al tratamiento.

Estaremos presentes por parte del equipo el psiquiatra que va a ser responsable del caso y otro profesional responsable del seguimiento familiar, al menos.

#### Entrevista inicial

En el momento que se produce el ingreso del paciente, el familiar que le ha acompañado, que generalmente suele coincidir con el o los cuidadores principales, tendrá una entrevista inicial, en la que se le expondrá la parte de trabajo que se va a iniciar con el núcleo familiar.

Le indicaremos las formas de estar en contacto, los profesionales de referencia, acordaremos una cita para la visita domiciliaria, les entregaremos

unos cuestionarios (autoadministrados) para evaluar sus conocimientos sobre la enfermedad, su grado de sobrecarga como cuidadores, su posible desadaptación social y ansiedad y depresión. Estos son:

Cuestionario de Evaluación de Conocimientos sobre T.P.: Ante la ausencia de este tipo de cuestionarios en la bibliografía actual, confeccionamos uno con el objetivo de evaluar los conocimientos, previos y posteriores a la intervención, que los familiares tengan sobre el trastorno límite de personalidad. Consta de 10 ítem con cinco posibles respuestas. Se evalúan aspectos básicos de la enfermedad: concepto, síntomas, causas, tratamientos.

No contemplamos puntuación de corte sino variación positiva o negativa en número de respuestas correctas antes y después del programa. Es una prueba autoadministrada.

La escala de sobrecarga del cuidador de Zarit. Es una entrevista que desde su aparición en 1980, ha sido profusamente utilizada en la investigación gerontológica sobre el proceso de cuidar y sus efectos. El instrumento consta de 22 ítem, puntuando cada uno de ellos en un gradiente de frecuencia de uno a cinco. Distintos trabajos que han utilizado este instrumento informan de unas buenas propiedades psicométricas. Es una escala autoadministrada.

Nos interesa valorar mucho este aspecto, ya aparecerá con frecuencia en alguno de los familiares del paciente. La carga objetiva del cuidador es: el aislamiento social, la alteración de la rutina doméstica y el deterioro de la economía. Por otro lado está la carga subjetiva, básicamente afectiva. Los síntomas de la enfermedad suelen provocar en los familiares reacciones emocionales inmediatas (tristeza, vergüenza, etc.), la enfermedad en su conjunto trae consigo más peso al producir sentimientos de culpabilidad, de pérdida significativa, de miedo al futuro, etc; otras consecuencias son la dificultad para comunicarse con el enfermo y el agotamiento a que puede dar lugar la convivencia. (Gradillas, 1998).

Se realiza en el domicilio del paciente, con la presencia de todos los familiares que con él conviven, se reserva un tiempo en torno a las dos horas. El hecho de realizarla en la casa del paciente nos asegura valorar de una manera objetiva el medio en el que vive, permite a la familia vincularse mejor con el programa al ver nuestra presencia como un apoyo.

Desde el inicio tratamos de establecer una relación de confianza en la que ellos se sientan comprendidos y ayudados, y a la vez esto nos permitirá intervenciones

con un grado de intensidad que no permitiría su desconfianza.

Los profesionales que realizamos esta entrevista somos una de las dos enfermeras y la trabajadora social, desarrollando las siguientes tareas:

### Entrevista en el domicilio

#### Estudio social:

Trabajo Social realizara un análisis, mediante entrevista, que valorara el genograma, las relaciones familiares expresadas y observadas, las situaciones académicas y laborales de sus miembros, vivienda, aspectos legales, etc.

#### Valoración de enfermería:

Valoraran aspectos de la dinámica del núcleo de convivencia: cómo cuidan al familiar paciente y cómo repercute sobre ellos el trastorno.

#### Análisis de la comunicación interpersonal:

La experiencia nos ha hecho observar como, en ocasiones, los miembros del núcleo de convivencia de estos pacientes (o algunos de ellos) presentan una expresión en su lenguaje y comunicación manifiestamente ambivalente, lo que según la escuela californiana de Palo Alto desarrolló en los setenta como la teoría del doble vínculo, el paciente desde su infancia recibe mensajes contradictorios, de represión y de sobreprotección, de complacencia y de fastidio, que hacen que ese niño luego adolescente y adulto integre de forma disociada mensajes contradictorios que le marcaran su conducta y su escasa capacidad en la toma de decisiones.

### *PSICOEDUCACION*

En principio optamos por un modelo grupal de psicoeducación, dirigido a familiares de los pacientes que iban ingresando, con una duración de 4 a 5 sesiones semanales.

Observamos que debíamos generalizar en la exposición y no siempre cumplía las expectativas. Por ello, en la actualidad realizamos esto de manera individualizada en cada caso y es la asociación de familiares quien ofrece la modalidad grupal y un grupo de autoayuda para ellos.

#### Objetivos:

- Que los familiares de enfermos con Trastorno Límite de Personalidad aumenten sus conocimientos sobre la enfermedad, sus síntomas y tratamientos.
- Que conozcan y aprendan a utilizar los recursos asistenciales y de apoyo a familiares.
- Que expresen sus problemas más habituales con su familiar y adquieran sencillas pautas que mejoren la convivencia.

## SESIÓN PIRR

En esta sesión se reúnen, pasados unos 15 días tras el ingreso del paciente, los profesionales que han participado en la valoración del paciente así como los que lo han hecho con el núcleo familiar.

Es una sesión en la que se aporta información desde distintos puntos de vista profesionales con la finalidad de establecer una planificación de intervenciones para todo el equipo que se desarrollarán tanto durante el ingreso como tras el alta hospitalaria con el seguimiento ambulatorio.

Este plan se evaluará periódicamente, ya que habitualmente hay que reformular objetivos, cambiar estrategias, consensuar intervenciones de los profesionales implicados, etc.

Así que podemos asegurar que no se trata de una planificación rígida sino todo lo contrario, debe ser lo suficientemente flexible para adaptarse a la variabilidad de quien padece un trastorno de la personalidad y de sus familiares.

### REUNION VALORACION 15 DIAS

Tras esta sesión, el equipo multidisciplinar se reúne con la familia y el paciente, para valorar el tiempo de ingreso, resultados pruebas orgánicas, y psicológicas, implicación y motivación del paciente en su proceso, adaptación a la Unidad, etc., y fundamentalmente para exponer al paciente y a la familia los objetivos a seguir a partir de ese momento.

### Evaluación de los permisos

Durante el ingreso hospitalario del paciente, que se extenderá por término medio a los dos meses, se van a producir permisos de salida del centro, que aumentarán progresivamente en duración y frecuencia.

Es éste otro aspecto terapéutico del programa pues el ingreso puede producir una excesiva vinculación proteccionista con el dispositivo así como una evasión de responsabilidades exteriores, al estar internado mucho tiempo. Para evitarlo se trabaja desde las fases iniciales con la mirada puesta en la salida del centro y la recuperación de la normalidad en todas las áreas del sujeto.

Así pues los permisos son salidas con tarea, con una actividad que el paciente ha planificado previamente con el equipo y que ha reflejado a modo de compromiso en una agenda dietario que incorpora a su ingreso.

Esta tarea será evaluada a su regreso con el paciente y la familia. A estas entrevistas (a veces y según las condiciones no serán presenciales sino que utilizaremos el teléfono) acude generalmente el familiar que toma el papel de cuidador principal. Se valoran aspectos como la percepción de la familia de los cambios experimentados en conducta del paciente, estado de ánimo, comunicación, etc. y por otro lado sus propias sensaciones y emociones, las

dificultades, la puesta en práctica de lo que se va trabajando.

En estas entrevistas se van trabajando con familia y paciente; estrategias de afrontamiento, cambio de actitudes, comunicación, establecimiento de límites,... Las entrevistas se realizan conjuntamente ya que la mayoría de las veces conviene confrontar la información que transmiten ambos, permite observar las dificultades de comunicación y permite llegar a acuerdos.

Esto lo facilita la situación de hospitalización, que permite la contención psicológica, el trabajo individualizado posterior a estas entrevistas, que en ocasiones pueden ser muy estresantes.

#### REUNIÓN ALTA HOSPITALARIA REVISIÓN PIRR

El día que se produce el alta hospitalaria y el paso a seguimiento ambulatorio, se cita a toda la familia y se realiza una reunión con ellos, el paciente y algunos de los profesionales responsables del caso. Se repasa el trabajo realizado desde que se planificó, y se formulan y actualizan otros objetivos. Todo esto se plasma por escrito, a modo de contrato terapéutico que comprometerá al paciente, a su familia y al equipo. En él quedan reflejados los objetivos y pautas a seguir.

A este acuerdo se añadirán el informe de alta del psiquiatra, informe psicológico y de continuidad de cuidados de enfermería.

Son momentos de alta dificultad, ya que acaba el período que, aunque se había realizado con otra finalidad, ha supuesto un respiro tanto para la familia como para el paciente. Va a haber mayor contacto, van a cambiar las formas de comunicarse, de relacionarse, y para que todo esto progrese habrá momentos de crisis para los que debemos prepararnos.

#### PROGRAMA AMBULATORIO

Durante el seguimiento ambulatorio, y adaptándonos a la evolución de cada caso, iremos utilizando todas las modalidades previstas, la entrevista con el cuidador de referencia, con todos los miembros del núcleo

familiar, y conjuntas con el paciente.

En un principio trabajaremos con los objetivos trazados al alta hospitalaria, pero se irán incorporando otros nuevos y, previsiblemente, iremos alcanzando otros. El plan terapéutico será dinámico, y si la progresión es buena, las citas se producirán con frecuencia decreciente.

Paralelamente el paciente tiene su seguimiento psicoterapéutico individual.

Uno de los aspectos que contemplamos en la mayoría de los casos que atendemos en la UTP, es la integración laboral.

La mayoría de los pacientes que hemos atendido, han tenido alguna experiencia laboral previa, aunque marcada en la mayoría de los casos por la inestabilidad.



Muchos de ellos están en situación de Invalidez Temporal, y entre sus perspectivas al iniciar el programa no se encuentra la reinserción laboral.

A lo largo del ingreso se hace una valoración de estos aspectos laborales y el nivel de disfunción, y se decide la idoneidad o no de reconvertir esa situación de invalidez previa.

En los casos de mayor deterioro previo, necesitaremos contar y derivar al paciente a centros con programas y técnicos especializados en inserción laboral.

En los casos de mayor autonomía y menor deterioro previo, habitualmente contamos con los recursos de inserción laboral para población general.

En todos los casos se realiza una coordinación y supervisión por parte del equipo de seguimiento ambulatorio.

Las dificultades que encuentran se centran habitualmente más en el entorno laboral, que en la tarea a desempeñar en sí misma.

Dificultades en la resolución de problemas, en las relaciones interpersonales, en la dificultad de adaptarse a normas y horarios, son lo que puede ocasionar el fracaso en la integración laboral del paciente con Trastorno de personalidad

## **ALGUNOS FACTORES QUE PUEDEN FAVORECER Y AYUDAR AL MANTENIMIENTO DE UNA SITUACION LABORAL ESTABLE**

### **1.-Relacionados con el empleo:**

**Motivación:** trabajar favorece la autoestima y aumenta el reconocimiento social; y la motivación tiene una estrecha relación con este grado de reconocimiento del entorno social próximo.

El cambio de rol de pensionista al de trabajador, lo convierte en un rol social y personalmente más "valioso".

**Ajuste laboral:** quiere decir una relación de equilibrio entre el trabajo que se va a desempeñar, y el nivel de competencia del trabajador.

Un adecuado ajuste laboral ayuda a rentabilizar las habilidades del trabajador y minimizar las dificultades, y por otro lado incrementa la probabilidad de éxito, elevando así la autoestima.

### **2.- No directamente relacionados con el empleo:**

**Apoyo familiar:** la familia es un apoyo natural para los pacientes. Ofrecer a la familia apoyo por parte de los profesionales, y orientación sobre como pueden ellos a su vez ayudarles, facilita que la integración laboral sea efectiva.

No hay que olvidar tampoco que el nuevo rol laboral, genera necesariamente un reajuste en el sistema familiar y en su dinámica, lo que puede ocasionar problemas de manera consciente o inconsciente, a la hora de resolver nuevos conflictos que surjan.

**Estabilidad en el estado de salud:** el estado de salud tanto físico como mental, afectan directamente a la estabilidad laboral.

El aprendizaje y la detección precoz de síntomas de recaídas, así como el desarrollo de habilidades y técnicas de afrontamiento, favorece el mantenimiento de la estabilidad laboral.

**Participación en actividades de ocio y tiempo libre,** así como favorecer las relaciones interpersonales fuera del entorno laboral, tienen gran importancia y pueden servir para rebajar el nivel de estrés que supone el trabajo.

**3.-Otros sistemas de apoyo:** Cuotas reservadas, incentivos económicos a empresas que contraten minusválidos, compatibilizar algunas pensiones con el trabajo, etc. favorecen la integración laboral, aunque son medidas todavía escasas e insuficientes en nuestro país.

ALTA Y DERIVACIÓN A CENTRO DE  
PROCEDENCIA

Ya hemos comentado que siempre tenemos puesta nuestra mirada en el alta del paciente, en su paso a la normalización y la desvinculación con nuestro dispositivo y regreso al centro de salud mental que lo remitió.

Así pues, y dadas las características de la Unidad, el programa que ofrecemos no es un principio ni un final terapéutico, debe consistir en una intervención intensiva en el paciente y en su medio, de tal manera que se asegure, entre otros aspectos que indican mejoría, una continuidad con el centro de salud mental que lo remitió a nuestro recurso.

Asegurar este punto será uno de nuestros mejores indicadores de calidad, ya que como sabemos, la falta de continuidad y de compromiso son unos de los factores que más negativamente repercuten en la evolución de los trastornos de la personalidad.

**Dificultades para la intervención:**

- Culpabilización, sensación de haber hecho mal las cosas en el pasado y cuyas consecuencias no se pueden modificar. También hay una excesiva preocupación por el origen del trastorno, de dónde viene esto, pregunta qué también se hacen los profesionales y de la que no hay una respuesta segura.
- Aislamiento de redes de apoyo. Hay tendencia en algunas familias a ocultar el trastorno y sus consecuencias, por sentimientos de vergüenza, o para no implicar a más personas (ya es suficiente con el sufrimiento de los familiares más próximos), con lo que tenemos una familia que poco a poco va quedándose aislada, sin amistades y perdiendo la relación con familia extensa.
- Pérdida de roles, se desestructura la familia, se pierden roles, hay personas que asumen mucha responsabilidad en detrimento de otras que se van quedando apartadas, hay salidas forzadas del núcleo familiar por lo difícil de la convivencia.
- Ideas erróneas sobre el trastorno, hay creencias de que es una enfermedad, de que es un capricho del paciente, de que no se puede controlar nada, de que todo es manipulación o maldad, y muchas otras que, por equivocadas o por no admitir matices, tienden a dificultar mucho la intervención con el paciente y su familia.
- Contradicción, en la misma persona (emite diferentes mensajes y contradictorios) o entre varios miembros del núcleo familiar.
- El exceso de implicación, las prisas en querer cambiar todo, la radicalización de las conductas, los objetivos poco realistas.
- Pérdida de rutinas familiares, de horarios, de costumbres, aficiones, viajes, incluso la distribución de los espacios de la casa.
- Puede aparecer un fenómeno que en otros terrenos se ha denominado codependencia o bidependencia (paciente toxicómano o alcohólico y su familia): hay un paciente en la familia, con TP, y como respuesta debe haber un cuidador, que se aferra a su papel de una manera que llegará a dificultar la evolución positiva, con fenómenos como la negación, el encubrimiento, la complicidad con conductas disruptivas, todo desde un posicionamiento de cuidador abnegado, por supuesto más capacitado que los distintos terapeutas por los que ha pasado el paciente. Este asunto en ocasiones no podemos sino constatarlo, excediendo de nuestra competencia y optamos por recomendar el inicio de una terapia en otro dispositivo que trate a este familiar.

- Cambios en la demanda de los familiares, las peticiones que realizan al equipo son de asuntos cada vez de menor trascendencia, hasta llegar a lo absurdo. Pero la intensidad en la demanda no decae, con lo que se infiere una importancia que no tienen los asuntos que se tratan en una entrevista (el tipo de corte de pelo, ...) Son familias que al inicio del programa nos transmiten su gran preocupación porque el paciente tiene graves trastornos de conducta ( beber alcohol, leía, laca, hacerse autolesiones, agresividad, faltas de respeto....) y terminan preguntándonos que pueden hacer porque su familiar compra camisetas de tirantes y no camisas o se pone cordones en los zapatos de colorines o se peina con melena en vez de con coletas.....
- Otro problema que nos encontramos es la sobreprotección, son familias que viven solo por y para el paciente, han abandonado todas sus aficiones, amigos, etc. Y no comprenden ni se atreven a que sea el paciente el que se responsabilice de sus cosas. Trabajaremos para que el familiar recupere su independencia y sus divertimentos y sea capaz de dejar hacer al paciente y devolverle sus responsabilidades y sus deberes.
- Otra dificultad son los familiares poco comprometidos, que no acuden a las citas y buscan excusas para no participar dificultando mucho nuestra intervención.
- Costes económicos: viajes frecuentes, uso de recursos privados, tratamientos farmacológicos, pérdida de horas de trabajo, etc.

### **Aspectos positivos de la intervención:**

- Implicación en el proceso terapéutico del paciente, de una manera adaptada.
- Aumento de conocimientos sobre el trastorno, los tratamientos, las consecuencias, etc.
- Proporcionar apoyo emocional.
- Se favorece la vuelta a los roles, favoreciendo el autocuidado, y en algunos casos se derivará si precisa atención especializada.
- Adquisición de estrategias de intervención ante conductas problemáticas, crisis, etc.
- Mejorar la comunicación entre los miembros del núcleo familiar.
- Disminución de la sensación de sobrecarga de cuidador, favoreciendo el reparto de tareas y especialmente la responsabilización del paciente.

## **Bibliografía:**

Asociación Española de Neuropsiquiatría. Grupo de trabajo de la A.E.N. sobre rehabilitación psicosocial y apoyo comunitario de la población con enfermedades mentales graves y crónicas (Borrador Enero 2002)

Budd RJ, Hughes IC. (1997) What do relatives of people with schizophrenia find helpful about family intervention?. *Schizophrenia Bulletin*; 23(2): P 341-347.

Colomer, A., Benedí, L., Granada, J.M., Rams, M. (2003) Guía de cuidados enfermeros en la red de salud mental de Aragón. SALUD. Diputación General de Aragón.

Cornell Medical Center página web, información institucional sobre el abordaje del trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad.

De Pedro B, Royán P. (2000). Trastornos de la Personalidad. En: Apuntes de enfermería Psiquiátrica. Zaragoza, Hospital Nª Sª de Gracia. P. 3-13

Díaz M., Solans A., Granada J.M., Rubio V., Llagostera S. (2003) Outpatient programme for relatives of patients with borderline personality disorder. VIII ISSPD Congress Florence, Italy.

Díaz, J. (2001) Tratamientos psicoterapéuticos de pacientes con Trastorno Borderline de Personalidad en equipos de salud mental comunitarios: ¿Hacia un modelo de integración? INTERPSIQUIS

EUFAMI (1995) Conferencia sobre las necesidades de las familias, una perspectiva europea. Revisión general de la encuesta de EUFAMI. II Congreso de Familiares de enfermos mentales. Barcelona.

González-Blanch, C. Carral, L. Intervención con familias: Razones del desuso. Centro Regional de Rehabilitación Psiquiátrica (Cantabria). 2001.

Gordon, M. Diagnóstico Enfermero Ed. Mosby / Doyma. Barcelona, 1996.

Gradillas V. (1998). La familia del enfermo mental: la otra cara de la psiquiatría. En: consecuencias de la enfermedad mental para la familia. Madrid: Díaz Santos; P. 1-18.

Granada, J.M. (2003) Cuidados de enfermería en trastornos de la personalidad. En Trastornos de la Personalidad Rubio, V. y Pérez-Urdániz, A. Ed. Elsevier.

Granada, JM. (2002). Estrategias terapéuticas en los trastornos de personalidad. IV Jornadas Internacionales de Actualización en Salud Mental. Las Palmas de Gran Canaria.

Gunderson JG: Borderline Personality Disorder: A Clinical Guide. Washington, DC, American Psychiatric Press, 2001 [G] (12)

Jiménez, J. F.; Maestro, J. C. Intervenciones psicoterapéuticas en el tratamiento psicosocial de la esquizofrenia. Monografías de Psiquiatría 2002; XIV (2):16-19.

Liberman R.P. (1993). Abordaje conductual de la familia. En: Rehabilitación integral del enfermo mental crónico. Barcelona: Martínez Roca; P. 169-200.

Martín L, Rivera A, Morandé G, Salido G. Las aportaciones de los grupos de autoayuda a la salud mental. Clínica y Salud 2000; 11 (2): 231-56.

McLean Hospital, Boston. Web de información institucional.

Millon T. (1998). Trastornos límite de la personalidad: El patrón inestable. En: Trastornos de la personalidad "Más allá del DSM IV", Masson. P. 710-712

Mosquera, D. Diamantes en Bruto (I). Un acercamiento al Trastorno Límite de Personalidad. Pléyades, Madrid, 2004.

Nehls, N. 2000 Being a case manager for persons with borderline personality disorder: perspectives of community mental health center clinicians. Arch. Psychiatr. Nurs. Febrero; 14(1): 12-18

Rubio V., Granada J.M., Díaz M., Solans A., (2004) Unidades y programas específicos de tratamiento. En Trastornos de Personalidad de M. Roca. Ars Médica.

S. López C, Jurado C. (1995). Importancia del soporte social. Boletín AMRP Nº 3 P 3-10.

Shapiro ER: Family dynamics and borderline personality disorder, in Handbook of Borderline Disorders. Edited by Silver D, Rosenbluth M. Madison, Conn, International Universities Press, 1992, pp 471-493 [G] (42).

Simon M.D. (2000). Calidad de vida de los familiares de los enfermos mentales. En: Calidad de vida en los trastornos mentales. Barcelona: Masson; P 243-250.

VVAA (2003) Programa de Rehabilitación y Reinserción Psicosocial en Salud Mental. SALUD. Diputación General de Aragón

Wynne LC. The rationale for consultation with the families of schizophrenic patients. Acta Psychiatrica Scandinavica 1994; 90 (suppl. 384): 125-32.

Zarit SH, BirkelRC, Malone-Beach EE. Spousesas caregivers: Stresses and interventions. En: Goldstein MZ (ed). Family involvement in the treatment of the frail elderly. Washington DC: American Psychiatric Press, 1989: 23-62.

Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. (1980) Relatives of the Impaired Elderly: Correlates of Feelings of Burden. Gerontologist; 20: 649-54.